



نموذج الأوامر الموحدة للإخصائين الممارسين الصادر من هيئة الصحة العامة بإنوي  
بشأن العلاج المنقذ للحياة (POLST)

**للمرضى:** استخدام هذا النموذج أمر طوعي تمامًا. فإن رغبت في استخدامه، فأحضر معك شخص تثق به عند مناقشة نموذج POLST مع متخصص الرعاية الصحية. لمقدمي الرعاية الصحية: لا تقم بتعبئة هذا النموذج إلا بعد التحدث مع المريض أو ممثله. يجب العلم أن اتخاذ قرار POLST هو خاص بالمرضى المهددين بخطر إجراء طبي مهدد للحياة بسبب إصابتهم بمرض خطير مميت، وهذا الإجراء ربما يترتب عليه ضعف حاد. وأنه قد يلزم كتابة أوامر جديدة إذا حدثت تغيرات كبرى في الحالة.

**بيانات المريض.** للمرضى: استخدام هذا النموذج أمر طوعي تمامًا.

اسم عائلة المريض	الاسم الأول للمريض	الاسم الأوسط
العنوان (الشارع/المدينة/الولاية/الكود البريدي)		تاريخ الميلاد (يوم/شهر/سنة)
<b>أولاً</b>		
الأوامر بالنسبة للمريض المصاب بالسكتة القلبية. تُتبع إذا توقف نبض المريض.		
يُلزم اختيار أحد الخيارين	<input type="checkbox"/> نعم، إجراء CPR: محاولة الإنعاش القلبي الرئوي (CPR). تستخدم جميع الوسائل المذكورة وفقًا للبروتوكول الطبي القياسي. (يلزم لذلك اختيار العلاج الكامل الوارد بالجزء ثانيًا التالي). <input type="checkbox"/> لا، عدم إجراء CPR: عدم إجراء الإنعاش (DNAR).	
<b>ثانيًا</b>		
الأوامر بالنسبة للمريض غير المصاب بالسكتة القلبية. تُتبع إذا كان لدى المريض نبض. تحقيق أقصى قدر من الراحة هدف مهم بغض النظر عن خيار العلاج. (في حالة عدم الاختيار، يتم اتباع العلاج الكامل.)		
يمكن ترك هذا الجزء فارغًا	<input type="checkbox"/> العلاج الكامل: الهدف الأساسي هو الوقاية من السكتة القلبية من خلال استخدام جميع العلاجات المذكورة. استخدام التنبيب، والتنفس الصناعي، وتقويم نظم القلب، وجميع العلاجات الأخرى على النحو المبين. <input type="checkbox"/> العلاج الانتقائي: الهدف الأساسي هو علاج الأمراض بإجراءات طبية محدودة. لا يستخدم التنبيب أو التنفس الصناعي الجراحي. يجوز استخدام الأشكال غير الجراحية من ضغط مجرى التنفس الإيجابي، ومنها الضغط المستمر (CPAP) والضغط ثنائي المستوى (BiPAP). كما يجوز استخدام السوائل الوريدية والمضادات الحيوية وقابضات الأوعية ومضادات اضطراب نظم القلب على النحو المبين. ويحول المريض إلى المستشفى إذا استدعت الحالة. <input type="checkbox"/> العلاج المركز على الراحة: الهدف الأساسي هو تحقيق أقصى قدر من الراحة بالسيطرة على الأعراض. علاج يسمح بالوفاة الطبيعية. تؤخذ الأدوية بأي شكل حسب الحاجة. يستخدم الأكسجين والعلاج بالشفط والعلاج اليدوي لانسداد مجرى الهواء. لا تستخدم العلاجات الواردة في العلاج الكامل والعلاج الانتقائي إلا إذا توافقت مع هدف الراحة. يحول المريض إلى المستشفى إلا إذا تعذر تحقيق الراحة في المكان الحالي.	
<b>أوامر أو تعليمات أخرى.</b> هذه الأوامر أوامر إضافية إلى الأوامر السابقة (مثل، منع نقل الدم، وعدم الغسيل الكلوي). [يجوز أن تقيد بروتوكولات الإخصائين الفنيين الطبيين صلاحية أطقم الطوارئ في التصرف وفقًا للأوامر في هذا الجزء.]		
<b>رابعًا</b>		
أوامر التغذية الطبية. إعطاء الطعام بالفم إذا كانت الحالة تسمح. (في حالة عدم اختيار أي خيار، يقدم معيار للرعاية). <input type="checkbox"/> إعطاء التغذية وسوائل الترطيب اصطناعيًا بأي وسائل، كالأنابيب الجديدة أو الموجودة المركبة جراحياً. <input type="checkbox"/> فترة تجربة التغذية وسوائل الترطيب اصطناعيًا ولكن بدون أنابيب مركبة جراحياً. <input type="checkbox"/> لا يرغب في التغذية وسوائل الترطيب الاصطناعية.		
<b>خامسًا</b>		
توقيع المريض أو ممثله القانوني. (تقبل المستندات الموقعة إلكترونيًا). <b>X</b> الاسم بالحروف (الزاي) التاريخ		
التوقيع (الزاي) أقر بأنني ناقشت خيارات العلاج وأهداف الرعاية مع إخصائي رعاية صحية. للموقع بصفة ممثل قانوني، أقر بأن العلاجات التي تم اختيارها متوافقة مع ما يفضله المريض وذلك على حسب علمي واعتقادي.		
<b>X</b>		
علاقة الموقع بالمريض: <input type="checkbox"/> المريض <input type="checkbox"/> والد(ة) القاصر	<input type="checkbox"/> وكيل بموجب وكالة رعاية صحية	<input type="checkbox"/> وصي اتخاذ قرارات الرعاية الصحية (انظر الصفحة 2 للاطلاع على قائمة الأولويات)
<b>سادسًا</b>		
إخصائيو الرعاية الصحية المؤهلون. طبيب، أو طبيب مقیم مرخص (السنة الثانية أو أعلى)، أو ممرض ممارسة متقدمة، أو مساعد طبيب. (تقبل المستندات الموقعة إلكترونيًا).		
<b>X</b> اسم الإخصائي الممارس المرخص بالحروف (الزاي)		الهاتف
توقيع الإخصائي الممارس المرخص (الزاي) أقر بأن هذه الأوامر متوافقة مع حالة المريض واختياراته وذلك على حسب علمي واعتقادي.		التاريخ (الزاي)
<b>X</b>		



State of Illinois  
Department of Public Health

**IDPH UNIFORM PRACTITIONER ORDER FOR  
LIFE-SUSTAINING TREATMENT (POLST) FORM**

**For patients:** Use of this form is completely voluntary. If desired, have someone you trust with you when discussing a POLST form with a health care professional. **For health care providers:** Complete this form only after a conversation with the patient or the patient’s representative. The POLST decision-making process is for patients who are at risk for a life-threatening clinical event because they have a serious life-limiting medical condition, which may include advanced frailty. With significant change in condition, new orders may need to be written.

<b>PATIENT INFORMATION.</b> For patients: Use of this form is completely voluntary.				
Patient Last Name		Patient First Name		MI
Date of Birth (mm/dd/yyyy)		Address (street/city/state/ZIP code)		
<b>A</b> <i>Required to Select One</i>	<b>ORDERS FOR PATIENT IN CARDIAC ARREST.</b> Follow if patient has NO pulse.			
	<input type="checkbox"/> <b>YES CPR: Attempt cardiopulmonary resuscitation (CPR).</b> Utilize all indicated modalities per standard medical protocol. (Requires choosing <b>Full Treatment</b> in Section B.)		<input type="checkbox"/> <b>NO CPR: Do Not Attempt Resuscitation (DNAR).</b>	
<b>B</b> <i>Section may be Left Blank</i>	<b>ORDERS FOR PATIENT NOT IN CARDIAC ARREST.</b> Follow if patient has a pulse. Maximizing comfort is a goal regardless of which treatment option is selected. (When no option selected, follow Full Treatment.)			
	<input type="checkbox"/> <b>Full Treatment: Primary goal is attempting to prevent cardiac arrest by using all indicated treatments.</b> Utilize intubation, mechanical ventilation, cardioversion, and all other treatments as indicated.			
	<input type="checkbox"/> <b>Selective Treatment: Primary goal is treating medical conditions with limited medical measures.</b> Do not intubate or use invasive mechanical ventilation. May use non-invasive forms of positive airway pressure, including CPAP and BiPAP. May use IV fluids, antibiotics, vasopressors, and antiarrhythmics as indicated. Transfer to the hospital if indicated.			
<b>C</b> <i>Section may be Left Blank</i>	<input type="checkbox"/> <b>Comfort-Focused Treatment: Primary goal is maximizing comfort through symptom management. Allow natural death.</b> Use medication by any route as needed. Use oxygen, suctioning and manual treatment of airway obstruction. Do not use treatments listed in Full and Selective Treatment unless consistent with comfort goal. Transfer to hospital only if comfort cannot be achieved in current setting.			
	<b>Additional Orders or Instructions.</b> These orders are in addition to those above (e.g., withhold blood products; no dialysis). [EMS protocols may limit emergency responder ability to act on orders in this section.]			
<b>D</b> <i>Section may be Left Blank</i>	<b>ORDERS FOR MEDICALLY ADMINISTERED NUTRITION.</b> Offer food by mouth if tolerated. (When no selection made, provide standard of care.)			
	<input type="checkbox"/> Provide artificial nutrition and hydration by any means, including new or existing surgically-placed tubes.			
	<input type="checkbox"/> Trial period for artificial nutrition and hydration but NO surgically-placed tubes.			
<b>E</b> <i>Required</i>	<input type="checkbox"/> No artificial nutrition or hydration desired.			
	<b>Signature of Patient or Legal Representative.</b> (eSigned documents are valid.)			
	<input checked="" type="checkbox"/> Printed Name ( <b>required</b> )		Date	
	Signature ( <b>required</b> ) I have discussed treatment options and goals for care with a health care professional. If signing as legal representative, to the best of my knowledge and belief, the treatments selected are consistent with the patient’s preferences.			
<b>F</b> <i>Required</i>	Relationship of Signee to Patient:		<input type="checkbox"/> Agent under Power of Attorney for Health Care	
	<input type="checkbox"/> Patient		<input type="checkbox"/> Health care surrogate decision maker (See Page 2 for priority list)	
	<input type="checkbox"/> Parent of minor			
<b>F</b> <i>Required</i>	<b>Qualified Health Care Practitioner.</b> Physician, licensed resident (second year or higher), advanced practice nurse, or physician assistant. (eSigned documents are valid.)			
	<input checked="" type="checkbox"/> Printed Authorized Practitioner Name ( <b>required</b> )		Phone	
	Signature of Authorized Practitioner ( <b>required</b> ) To the best of my knowledge and belief, these orders are consistent with the patient’s medical condition and preferences.		Date ( <b>required</b> )	
<input checked="" type="checkbox"/>				

<b>**هذه الصفحة اختيارية - تستخدم لأغراض المعلومات**</b>			
اسم عائلة المريض	الاسم الأول للمريض	الاسم الأوسط	
<p>إن استخدام نموذج الأوامر الموحدة للإخصائيين الممارسين الصادر من هيئة الصحة العامة بالبنوي بشأن العلاج المنقذ للحياة (POLST) هو أمر طوعي دائماً. فهذا الأمر يسجل رغبات المريض بالنسبة للعلاج الطبي في حالته الصحية الحالية. حيث يجب أن يقوم المريض أو ممثله القانوني وإخصائبي الرعاية الصحية بإعادة تقييم التدخلات ومناقشتها معاً بانتظام لضمان تحقيق العلاج لأهداف رعاية المريض. فيمكن تغيير هذا النموذج في أي وقت ليتوافق مع تغيير الرغبات.</p> <p>وليس هناك نموذج يلبي كل قرارات العلاج الطبي التي قد يلزم اتخاذها. يوصى بوكالة التوجيهات المسبقة للرعاية الصحية (POAHC) لجميع البالغين القادرين، بغض النظر عن حالتهم الصحية. فوكالة POAHC تسمح للشخص بتسجيل تعليمات الرعاية الصحية المستقبلية بالتفصيل، واختيار ممثل قانوني لتمثله في حالة عدم قدرته على التحدث نيابة عن نفسه.</p>			
التوجيهات المسبقة المتاحة للمرضى عند استكمال هذا النموذج			
<input type="checkbox"/> وكالة الرعاية الصحية	<input type="checkbox"/> بيان وصية الأحياء	<input type="checkbox"/> بيان علاج الصحة النفسية	<input type="checkbox"/> غير متوفرة
بيانات إحصائي الرعاية			
اسم المُعد	رقم الهاتف		
صفة المُعد	تاريخ الإعداد		

#### تعينة نموذج IDPH POLST

- إن تعينة نموذج POLST هو أمر طوعي دائماً، ولا يجوز فرضه، ويمكن تغييره في أي وقت.
- يعني أن يعكس نموذج POLST الاختيارات الحالية للشخص الذي يقوم بتعبئته؛ وينصح بعمل وكالة POAHC.
- تقبل موافقة المريض أو ممثله القانوني شفهيًا أو هاتفيًا.
- تقبل الأوامر الشفهية أو الهاتفية مع توقيع المتابعة بواسطة الإخصائي المرخص وفقاً لسياسة المنشأة أو المنطقة المحلية.
- يوصى باستخدام النموذج الأصلي. تعتبر النسخ الإلكترونية والصور الضوئية ومنها الفاكس وعلى أي ورق ملون قانونية ومقبولة.
- تعتبر النماذج الموقعة إلكترونياً قانونية ومقبولة.
- يجوز أن يكون إخصائي الرعاية المؤهل مرخصاً في ولاية إلينوي أو في الولاية التي يتلقى فيها المريض العلاج.

#### مراجعة نموذج POLST

- ينبغي مراجعة نموذج POLST بصفة دورية على أن راجع في ضوء احتياجات المريض ورغباته الراهنة. وتشمل المراجعة ما يلي:
- نقل المريض من مكان رعاية أو مستوى رعاية إلى آخر.
- التغيير في الحالة الصحية للمريض أو زراعة الأجهزة (مثل منظم ضربات القلب وأجهزة تحفيز الدماغ).
- العلاج الجاري واختيارات المريض الحالية
- تغيير إحصائي الرعاية الصحية الأساسي.

#### إبطال أو إلغاء نموذج POLST

- يجوز للمريض المتمتع بالأهلية أن يبطل النموذج أو يلغيه، أو يطلب علاجاً آخر.
- يلزم لتغيير النموذج أو تعديله أن يتم تعينة نموذج POLST جديد.
- ارسم خطاً على النموذج من أول الجزء "أولاً" حتى الجزء "خامساً" وكتب "لاغ" بطول الورقة إذا استبدل به نموذج POLST جديد أو أصبح لاغ.
- اكتب تاريخ التغيير ووقع مرة أخرى تحت كلمة "لاغ".
- إذا كان النموذج مسجلاً في سجل طبي إلكتروني، فاتبع جميع إجراءات الإلغاء الخاصة بالمنشأة.

أمر الأولوية وفقاً لقانون الأوصياء على الرعاية الصحية بالبنوي (ILCS 40/25 755)

- 1- الوصي الشخصي على المريض
- 2- زوج (ة) المريض (ة) أو شريك (ة) الزواج المدني المسجل
- 3- الأبناء البالغون
- 4- الوالدين
- 5- الأشقاء البالغون
- 6- الأحفاد البالغون
- 7- صديق مقرب للمريض
- 8- الوصي على تركة المريض
- 9- الوصي المؤقت على المريض المعين بمقتضى الفقرة (2) من المادة (2-10) Section of the Juvenile Court Act of 1987 (of the Juvenile Court Act of 1987) من قانون قضاء الأحداث إذا كان القضاء قد أصدر أمراً بمنح تلك الصلاحية بموجب الفقرة (12) من المادة (2-10) Section of the Juvenile Court Act of 1987 (the Juvenile Court Act of 1987) من قانون قضاء الأحداث.

للمزيد من المعلومات، قم بزيارة بيان هيئة الصحة بشأن قانون إلينوي على الموقع <http://dph.illinois.gov/topics-services/health-care-regulation/nursing-homes/advance-directives>

قانون HIPAA (قانون النقل والمساءلة في قطاع التأمين الصحي لسنة 1996)  
يسمح بالإفصاح لإخصائبي الرعاية الصحية حسب الاقتضاء من أجل العلاج

**\*\*THIS PAGE IS OPTIONAL – use for informational purposes\*\***

Patient Last Name		Patient First Name		MI
<p><i>Use of the Illinois Department of Public Health (IDPH) Practitioner Orders for Life-Sustaining Treatment (POLST) Form is always voluntary. This order records a patient’s wishes for medical treatment in their current state of health. The patient or patient representative and a health care provider should reassess and discuss interventions regularly to ensure treatments are meeting patient’s care goals. This form can be changed to reflect new wishes at any time.</i></p> <p><i>No form can address all the medical treatment decisions that may need to be made. The Power of Attorney for Health Care Advance Directive (POAHC) is recommended for all capable adults, regardless of their health status. A POAHC allows a person to document, in detail, future health care instructions and name a Legal Representative to speak on their behalf if they are unable to speak for themselves.</i></p>				
Advance Directives available for patient at time of this form completion				
<input type="checkbox"/> Power of Attorney for Health Care	<input type="checkbox"/> Living Will Declaration	<input type="checkbox"/> Declaration for Mental Health Treatment	<input type="checkbox"/> None Available	
Health Care Professional Information				
Preparer Name			Phone Number	
Preparer Title			Date Prepared	

**Completing the IDPH POLST Form**

- The completion of a POLST form is always voluntary, cannot be mandated, and may be changed at any time.
- A POLST should reflect current preferences of persons completing the POLST Form; encourage completion of a POAHC.
- Verbal/phone consent by the patient or legal representative are acceptable.
- Verbal/phone orders are acceptable with follow-up signature by authorized practitioner in accordance with facility/community policy.
- Use of the original form is encouraged. Digital copies and photocopies, including faxes, on ANY COLOR paper are legal and valid.
- Forms with eSignatures are legal and valid.
- A qualified health care practitioner may be licensed in Illinois or the state where the patient is being treated.

**Reviewing a POLST Form**

This POLST form should be reviewed periodically and in light of the patient’s ongoing needs and desires. These include:

- transfers from one care setting or care level to another;
- changes in the patient’s health status or use of implantable devices (e.g., ICDs/cerebral stimulators);
- the patient’s ongoing treatment and preferences; and
- a change in the patient’s primary care professional.

**Voiding or revoking a POLST Form**

- A patient with capacity can void or revoke the form, and/or request alternative treatment.
- Changing, modifying, or revising a POLST form requires completion of a new POLST form.
- Draw line through sections A through E and write “VOID” across page if any POLST form is replaced or becomes invalid.
- Beneath the written "VOID" write in the date of change and re-sign.
- If included in an electronic medical record, follow all voiding procedures of facility.

**Illinois Health Care Surrogate Act (755 ILCS 40/25) Priority Order**

- |  |  |
|--|--|
| 1. Patient’s guardian of person                            | 5. Adult siblings  |
| 2. Patient’s spouse or partner of a registered civil union | 6. Adult grandchildren   |
| 3. Adult children  | 7. A close friend of the patient   |
| 4. Parents   | 8. The patient’s guardian of the estate  |
|  | 9. The patient’s temporary custodian appointed under subsection (2) of Section 2-10 of the Juvenile Court Act of 1987 if the court has entered an order granting such authority pursuant to subsection (12) of Section 2-10 of the Juvenile Court Act of 1987. |

For more information, visit the IDPH Statement of Illinois law at <http://dph.illinois.gov/topics-services/health-care-regulation/nursing-homes/advance-directives>